

تداوم تغذیه با شیر مادر و موانع آن در شیرخواران نارس مادران مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی الزهراء تبریز

ریحانه ایوان بقاء: کارشناسی ارشد مامائی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز (نویسنده رابط)

دکتر محمد باقر حسینی: استادیار گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر مرتضی قوجا زاده: استادیار گروه فیزیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

مهربانو امیرشاهی: کارشناسی ارشد مامائی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

چکیده

مقدمه: شیر مادر در تأمین سلامتی مادر و شیرخواران نارس اهمیت زیادی دارد و تأکید زیادی به تداوم شیردهی حداقل تا ۶ ماهگی وجود دارد. عوامل متعددی چون نگرانی مادر از ناکافی بودن شیر پستان، مکیدن ضعیف شیرخوار نارس و... می‌توانند زمینه‌ساز قطع تغذیه با شیر مادر در این شیرخواران باشند. این مطالعه با هدف تعیین مدت تداوم و موانع آن در شیرخواران نارس انجام گردید.

مواد و روشها: در این مطالعه تحلیل بقا، ۴۶۰ شیرخوار نرسی که توسط مادرانشان به درمانگاه نوزادان مرکز آموزشی - درمانی الزهراء (س) تبریز آورده شده و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها بوسیله پرسشنامه و چک لیست جمع‌آوری و توسط روشهای آماری توصیفی، جداول عمر و آزمون گهان و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۴/win تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تداوم تغذیه با شیر مادر در شیرخواران نارس ۳،۱، ۶، ۱۲، ۲۴ و ۳۰ ماهه، به ترتیب ۸۷، ۵۹، ۴۲، ۱۳، ۲ و ۱ درصد بود. نگرانی - مادر از ناکافی بودن شیر پستان (۵۵/۳ درصد)، مکیدن ضعیف (۵۰/۵٪) و پس‌زدن پستان مادر (۴۸/۵٪) توسط شیرخوار از دلایل مهم قطع شیر مادر بودند. بین تداوم تغذیه با شیر مادر با سن مادر ($p=0.004$)، نوع زایمان ($p<0.0005$) و جنس شیرخوار ($p=0.03$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: به طور کلی مطالعه نشان داد که تداوم تغذیه با شیر مادر با افزایش سن شیرخوار کاهش یافت. مادران شیرخواران نارس، برای ادامه موفق شیردهی، نیازمند آموزش و حمایت‌های مستمر مراقبین بهداشتی هستند. دنباله‌دار بودن این حمایت‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان، علاوه بر آنکه آگاهی‌های مادر را در مورد اهمیت ادامه شیردهی افزایش می‌دهد، مشکلاتی را که ممکن است مادر در طی زمان شیردهی داشته باشد رفع می‌کند.

کلمات کلیدی: شیرخواران نارس/شیر مادر/تداوم / موانع

مقدمه

شیردهی از پستان بخشی از فرآیند تولید مثلی است که سلامتی مادر و رشد و نمو بهینه همه شیرخواران را تأمین می‌کند

(۱)، اما نیاز شیرخواران نارس به شیر مادر، که خود به دلیل تولد زودرس در معرض خطرانی مانند عفونت، رتینوپاتی‌های چشمی، هیپوگلیسمی و... قرار دارند، در مقایسه با شیرخواران رسیده حیاتی‌تر است (۲). سازمان جهانی بهداشت^۱ و انجمن طب کودکان آمریکا^۲ به تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر حداقل تا شش ماهگی و ادامه آن به همراه غذای کمکی تا دو سالگی یا بیشتر تاکید می‌کنند (۳،۴). مزایای مادری شیردهی از پستان شامل: کاهش خطر سرطان پستان، تخمدان و اندومتر، از دست دادن زودتر اضافه وزن دوران حاملگی، کاهش نیاز به انسولین در مادران دیابتیک شیرده و جلوگیری از خونریزی دوران نفاس می‌باشد. این مزایا در شیرخوار مشتمل بر قابل هضم‌تر بودن آن نسبت به شیر خشک، افزایش بهره هوشی، کاهش ابتلا به دیابت، آسم، عفونت‌های گوش و برخی سرطان‌های دوران کودکی می‌باشند. شیر مادر در شیرخواران نارس به لحاظ ایجاد یک سپر دفاعی در برابر انواع عفونت‌ها، تأمین اسیدهای چرب امگا-۳ به همراه آنتی‌اکسیدان‌هایی مانند ویتامین E، بتا-کاروتن و تورین که از رتینوپاتی‌های چشمی جلوگیری می‌کنند، ویتامین‌ها و مواد معدنی از جمله کلسیم که برای استخوان‌سازی ضروری است، فراهم کردن کلسترول که جزء ضروری در تکامل مغز است، حفاظت در برابر انواع آلرژی‌ها و برقراری تماس پوست به پوست که به شیرخوار فرصت آشنایی با بو، پستان و آغوش مادر را می‌دهد و هر دو را تشویق به ارتباط تنگاتنگ در گذر از شرایط بحرانی می‌کند اهمیت ویژه‌ای دارد.

علی‌رغم تمام توصیه‌ها و فواید شیردهی از پستان، کاهشی جهانی در میزان تغذیه با شیر مادر دیده می‌شود. در سال ۲۰۰۳ در کشورهای در حال توسعه فقط ۴۴ درصد و در آمریکا فقط ۲۶ درصد شیرخواران با شیر مادر تغذیه می‌شدند. با وجود دستیابی کشورهایی همچون سوریه و مصر به تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی بالای ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۵ این میزان در خاورمیانه و نواحی شمال آفریقا حتی تا سه ماهگی کمتر از ۵۰ درصد می‌باشد. در ایران طبق آمارهای سال ۱۳۷۹ این میزان تا چهار و شش ماهگی به ترتیب ۵۳/۳ و ۴۴/۱ درصد بوده است و در آذربایجان شرقی به ترتیب ۶۴/۲ و ۵۳/۹ درصد اعلام شده است. کاهش تداوم تغذیه با شیر مادر در کشورهای صنعتی بیشتر از کشورهای در حال توسعه است (۵). تداوم تغذیه با شیر مادر در ایران و بسیاری از کشورها پایین‌تر از حداقل زمان توصیه شده (توسط WHO و AAP) است (۶). در نتیجه سوء تغذیه، عارضه عمده از شیرگیری زودرس و تغذیه کمکی ناکافی است که تأثیر عمیقی بر رشد و سلامت شیرخوار بر جای می‌گذارد (۷). از طرفی، میزان تداوم شیردهی از پستان در شیرخواران نارس، کمتر از شیرخواران رسیده است و توجه نسبتاً کمی به تداوم شیردهی در این شیرخواران، سن بهینه برای از شیرگیری و دلایل قطع شیر مادر در این شیرخواران می‌شود (۸). از علل زمینه‌ساز عدم تداوم تغذیه با شیر مادر در شیرخواران نارس می‌توان به دلواپسی مادر در مورد ناکافی بودن شیر پستان، خستگی و بازگشت به کار مادر، مکیدن ضعیف و پس زدن پستان مادر توسط شیرخوار را اشاره کرد (۹).

نظر به اینکه اطلاعات اندکی درباره تداوم و موانع تغذیه با شیر مادر در شیرخواران نارس وجود دارد پژوهش حاضر به ثمر رسید. اهداف اختصاصی این پژوهش تعیین مدت تداوم تغذیه با شیر مادر در شیرخواران نارس و شناسایی موانع شیردهی در این گروه از شیرخواران بود. از اهداف دیگر این پژوهش، بررسی ارتباط مدت تداوم تغذیه با شیر مادر با برخی از مشخصات فردی - اجتماعی مادران و شیرخواران نارس می‌باشد.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی بقا بود که بر روی ۴۶۰ نفر از شیرخواران نرسی که همراه مادرانشان به درمانگاه نوزادان مرکز آموزشی - درمانی الزهراء تبریز مراجعه کرده و شرایط ورود به مطالعه (شیرخوار نرسی که حاصل زایمان تک قلوئی بوده در مرکز آموزشی - درمانی الزهراء متولد و با توانایی تغذیه با شیر مادر مرخص شده باشد) را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. حجم نمونه به کمک مطالعه پایلوت تعیین شد. جمع‌آوری داده‌ها بوسیله پرسشنامه و چک لیستی، که با

^۱ - World Health Organization (WHO)

^۲ - American Academy of Pediatrics (AAP)

مراجعه به متون و مقالات علمی مرتبط طراحی شد، صورت گرفت. چک لیست مشتمل بر سؤالات مربوط به برخی از مشخصات فردی - اجتماعی و زایمانی مادر و برخی مشخصات فردی شیرخوار نارس بود که از پرونده زایمانی مادر استخراج گردید. پرسشنامه حاوی سؤالاتی مبتنی بر نحوه شیردهی مادر (شیرمادر یا شیرخشک) و دلایل قطع شیر مادر در شیرخواران نارس بود که از طریق مصاحبه با مادر تکمیل شد. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت برآورد پایایی آن از روش آزمون آلفا کرونباخ (۰/۸۳) استفاده گردید. برای برآورد میانه مدت زمان تداوم شیردهی داده‌ها از جداول عمر (life- tables) و جهت مقایسه یکسان بودن توزیع مدت بقا با هریک از ویژگی‌های فردی-زایمانی مادر و شیرخوار از آزمون گهان استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله نرم افزار آماری SPSS ۱۴/win صورت گرفت. ارزش P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

بررسی مشخصات فردی- اجتماعی مادران و شیرخواران نارس نشان داد که سن اغلب مادران (۳۵/۴٪) بین ۳۰-۲۶ سال، تحصیلات دیپلم (۴۱/۵٪)، خانه‌دار (۸۳٪)، ساکن شهر (۵٪)، تعداد خانوار

بین ۳-۵ نفر (۸۹/۶٪) و درآمد ماهانه خانواده (۴۸/۹٪) بین ۲۰۰-۱۰۰ هزار تومان، بود. مشخصات زایمانی مادران دلالت بر این داشت که اکثر مادران (۵۹/۳٪) بدون سابقه زایمان قبلی بوده در حالیکه ۳۸/۵ درصد سابقه‌ای از ۳-۱ زایمان، ۱/۷ درصد سابقه ۴-۶ زایمان و ۰/۴ درصد سابقه ۷-۱۰ زایمان قبلی داشتند. سن حاملگی در ۱۶/۳ درصد مادران بین ۲۶-۲۹ هفته، ۵۱/۱ درصد بین ۳۰-۳۳ هفته و در ۳۲/۶ درصد موارد بین ۳۴-۳۷ هفته بود. اکثر مادران تحت بیحسی راشی (۸۶/۳٪) و با عمل سزارین زایمان کرده بودند، در حالیکه میزان زایمان طبیعی ۳۸/۳ درصد بود. بیشترین دلایل ذکر شده برای زایمان زودرس، شروع انقباضات زودرس (۳۲ درصد) و بعد از آن پره‌اکلامپسی و پارگی زودرس کیسه آمنیون با ۲۴/۳ و ۲۰ درصد بود. دیابت و برادی کاردی هم با ۱/۷ درصد از کمترین علل ذکر شده در زایمان زودرس بودند. اطلاعات حاصل از مشخصات فردی شیر خواران نارس نشان داد که اغلب نوزادان نارس تحت مطالعه (۵۲/۲٪) پسر، درصد فرزند اول خانواده (۵۹/۸) و وزن اغلب آنان در بدو تولد (۸۸/۹٪) کمتر از ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم بود. نیمی از شیرخواران (۵۰٪) با شیرمادر تغذیه می‌شدند. نمودار بقا و جدول ۱ که توزیع فراوانی شیرخواران نارس بر حسب تداوم تغذیه با شیرمادر را نشان می‌دهد بیانگر آن است که مدت تداوم تغذیه با شیر مادر در این شیرخواران در یک، سه، شش، ۱۲، ۲۴ و ۳۰ ماهگی به ترتیب ۸۷، ۵۹، ۴۲، ۱۳، ۲ و ۱ درصد بود. بررسی جدول ۲ که توزیع فراوانی علل قطع تغذیه با شیر مادر را شرح می‌دهد مشخص کرد که نگرانی مادر از کافی نبودن شیر سینه (۵۵/۳٪) و خستگی او (۳۰/۱ درصد)، مکیدن ضعیف (۵۰/۵٪) و پس‌زدن پستان مادر (۴۸/۵٪) توسط شیرخوار نارس از علل عمده قطع شیرمادر بودند. از دیگر علل عمده قطع، عدم

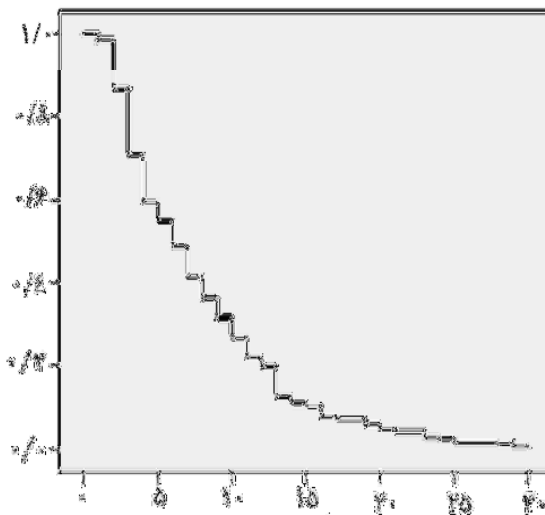
حمایت همسر (۳۶/۴٪)، استرس مادر (۳۷/۵٪) و آگاهی اندک مادر (۳۰٪) در مورد فواید شیر مادر و حفظ تداوم شیردهی بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی شیرخواران نارس برحسب مدت تداوم تغذیه با شیرمادر

مدت تداوم تغذیه با شیر مادر	تعداد	درصد
یک ماهه	۴۵۳	۸۷
سه ماهه	۳۲۶	۵۹
شش ماهه	۲۲۵	۴۲
یک ساله	۹۰	۱۳

۲	۱۱	دو ساله
۱	۳	سی ماهه

بین تداوم تغذیه با شیر مادر و بعضی متغیرها از جمله سن مادر ($P=0/004$)، نوع زایمان ($P<0/0005$) و جنس شیرخوار ($P=0/03$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. بدین معنا که در مادران گروه سنی ۲۶-۳۰ سال، آنهایی که زایمان طبیعی داشتند و شیرخواران دختری که شیر مادر می خوردند تداوم شیردهی بیشتر بود. طبق سایر یافته‌های پژوهش، فقط ۲۴/۳ درصد مادران در طی بارداری از طریق مراکز بهداشتی و مطالعه مجلات و ۵۲/۹ درصد آنان قبل از ترخیص از بیمارستان توسط ماما یا پرستاران بخش پس از زایمان آموزش شیردهی دریافت کرده بودند. همه شیرخواران نارس هنگام ترخیص از بیمارستان شیرمادرخوار بوده، اما بقا تجمعی تداوم تغذیه با شیر مادر در سه، شش، دوازده و بیست و چهار ماه پس از زایمان به ترتیب به ۰/۵۹، ۰/۴۲، ۰/۱۳ و ۰/۰۲ کاهش پیدا کرده بود. فقط ۱/۹ درصد شیرخواران بلافاصله تا یکساعت بعد از تولد در آغوش مادرانشان قرار داده شده، همچنین فقط ۴/۹ درصد آنان در همین زمان از شیر مادرانشان تغذیه شده بودند.



نمودار بقا مربوط به شیردهی نوزادان نارس (میانه = ۵ ماه)

بحث

هدف از تمامی آموزش‌ها و مشاوره‌ها در ارتباط با مزایای شیردهی از پستان و تغذیه شیرخوار با شیر مادر، تحقق تداوم تغذیه با شیر به طور انحصاری حداقل تا شش ماهگی و به طور ایده‌آل در کنار غذای کمکی تا پایان دو سالگی شیرخوار است. شروع هم آغوشی زودرس مادر و نوزاد و آغاز شیردهی از پستان بلافاصله بعد از زایمان و یا دوشیدن مکرر پستان به همراه تشویق و آموزش شیردهی به مادران از عوامل مهم در برقراری جریان شیر و ادامه توانایی مادر برای شیردهی از پستان محسوب می‌شود. در مطالعه حاضر کمتر از ۵۰ درصد شیرخواران (۴۲٪) تا پایان شش ماهگی با شیر مادر تغذیه شده بودند که در حد مطلوب قرار نداشت. به نظر می‌رسد هنگامی که مادران بعد از ترخیص از بیمارستان، حمایت‌های شیردهی را از دست می‌دهند، مدت تداوم تغذیه شیرخوار نارس با شیر مادر، کمتر می‌شود و هر چه سن شیرخوار بیشتر می‌شود این سیر نزولی بیشتر ادامه پیدا می‌کند و

مطالعه حاضر نیز این مطلب را تأیید کرد. سیر نزولی مدت تداوم شیردهی در این پژوهش با نتایج حاصل از مطالعات سیمیک، میبرگ و فلاکینگ^۱ که تداوم تغذیه با شیر مادر را در یک، سه، شش و دوازده ماهگی به ترتیب ۸۵، ۶۱، ۴۴ و ۱۱ درصد گزارش کردند همخوانی دارد (۱۰، ۱۲). اگر حمایت و آموزش شیردهی به مادر و خانواده او از بیمارستان آغاز گردد و بعد از ترخیص از بیمارستان همچنان ادامه یابد (۱۳)، تداوم شیردهی را در گروه آسیب‌پذیر مادر - شیرخوار نارس افزایش می‌دهد (۱۴). با توجه به درصد مادرانی که در طی دوران حاملگی (۲۴/۳ درصد) و قبل از ترخیص از بیمارستان (۵۲/۹ درصد) آموزش شیردهی دریافت کرده بودند معلوم گردید که به آموزش شیردهی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان اهمیت بیشتری داده می‌شود، اما با اینحال تداوم شیردهی تا شش ماهگی ۴۲ درصد بود. بنابراین، لازم است تلاش‌های بیشتری در زمینه آموزش‌های شیردهی انجام شود. ارائه مشاوره و پشتیبانی مراقبین بهداشتی از مادران شیرده پرخطر، بویژه مادران شیرخواران نارس بر این شرط استوار است که پرسنل مربوطه باید عوامل زمینه‌ساز قطع یا محدودیت شیردهی مادر را بشناسند (۱۵)، شناسایی علل عدم تداوم تغذیه با شیر مادر، بر تداوم شیردهی مادر تأثیر مثبت می‌گذارد. مادران عمده‌ترین دلایل دخیل در قطع شیر خود را نگرانی از کافی نبودن شیر پستان، خستگی، مکیدن ضعیف و پس‌زدن پستان توسط شیرخوار می‌دانستند (جدول ۲) که یافته‌های مطالعات کالن، سیمیک، بوکلی، کارلس و کواناوا^۲ (۱۵، ۱۶، ۹، ۱۰) با نتایج مطالعه حاضر هماهنگ بود. نتایج نشان داد که در هیچ یک از موارد قطع شیرمادر، طبق توصیه پزشک و تأیید وی دال بر نداشتن شیر پستان یا قطع شیردهی مادر نبوده است (جدول ۲). بنابراین، شاید نگرانی مادر از ناکافی بودن شیر پستان که عمده‌ترین دلیل در بین همه موارد قطع شیردهی بود به این خاطر باشد که آنها اطلاعات دقیقی از نیازهای تغذیه‌ای شیرخوارانشان نداشتند. این مسئله در کنار مکیدن ضعیف پستان مادر توسط شیرخوار به نگرانی مادر بیشتر دامن زده و سبب شده تا مادر در مورد گرسنه ماندن شیرخوار دلوپسی زیادی داشته باشد و این دل‌نگرانی مادران را به سمت شروع تغذیه با شیرخشک سوق داده است. در نتیجه، شیرخوار نرسی که به لحاظ فیزیکی بدنی ضعیف است و برای مکیدن سینه مادر باید انرژی زیادی مصرف کند، راه آسانتری یافته و بدنبال آن سینه مادر را پس زده است. خستگی مادر به عنوان یکی دیگر از عوامل دخیل در قطع شیردهی را شاید بتوان اینگونه توجیه کرد که شیرخواران نارس در مقایسه با شیرخواران رسیده نیازمند مراقبت و توجه بیشتری هستند و تا منظم شدن الگوهای حیاتی مانند خواب، شیرخوردن و ... مادر باید دقت و انرژی بیشتری برای آنها صرف کند. شاید شیردهی از پستان برای شیرخواری که مدام زیر سینه مادر به خواب می‌رود و سینه مادر را ضعیف می‌مکد برای مادر خسته‌کننده بوده و راه ساده‌تر که تغذیه شیرخوار با شیرخشک است را انتخاب کند. شاید عدم حمایت همسر در ادامه رشد شیرخوار و تنها ماندن مادر در امر نگهداری طفل نارس به این مسئله دامن زده است. یافته‌های این مطالعه در زمینه ارتباط آماری معنی‌دار بین تداوم تغذیه با شیر مادر و متغیرهای سن مادر، نوع زایمان و جنس شیرخوار با مطالعات نوریس، فلاکینگ و ایگو^۳ مطابقت داشت (۸، ۱۲، ۱۷).

جدول ۲: توزیع فراوانی علل قطع شیرمادر

دلائل قطع شیر مادر	فراوانی (درصد)
علل مادری	
خستگی	۳۱ (۳۰/۱)
بیماری	۱۵ (۱۴/۶)
بازگشت به کار	۷ (۶/۸)
عدم تمایل به شیردهی	۰ (۰)
نگرانی از کافی نبودن شیر سینه	۳۱ (۳۰/۱)
نداشتن شیر سینه	۱۵ (۱۴/۶)
حاملگی مجدد طی ۶ ماه اول بعد از زایمان	۷ (۶/۸)
علل شیرخواری	
بیماری	۹ (۸/۷)
جراحی	۶ (۵/۸)
جثه کوچک	۱۹ (۱۸/۴)
مکیدن ضعیف	۵۲ (۵۰/۵)
پس زدن سینه مادر	۵۰ (۴۸/۵)
گریه بیش از حد	۲۹ (۲۸/۲)

۳- Simic, Meberg & Flacking

۴ - Callen, Simic, Buckle, Charles, Kavanaugh

۱- Norris, Flacking & Ego

نتیجه گیری

در مجموع، تداوم شیردهی در مطالعه ما (۴۲٪)، با میزان تداوم شیردهی در شیرخواران نارس سایر مطالعات مشابه همخوانی داشت. سیر نزولی تداوم شیردهی، لزوم آموزش و حمایت‌های مستمر مراقبین بهداشتی در امر تغذیه با شیر مادر، همچنین، آگاه نمودن همسران در این ارتباط، به دلیل نقش حمایتی آنان جهت کمک به مادر در نگهداری شیرخوار و کاهش استرس مادر، که در نهایت می‌تواند به تداوم شیردهی منجر شود را مشخص می‌کند. دنباله‌دار بودن این حمایت‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان، علاوه بر آنکه آگاهی‌های مادر را در مورد ادامه بهتر شیردهی افزایش می‌دهد، مشکلاتی را که با شروع شیردهی و ادامه آن برای مادر بوجود می‌آید پوشش داده و این خود سبب می‌شود مادر احساس راحتی بیشتری در مورد شیردهی داشته باشد و با اصلاح باورهای غلط مادران این اطمینان را به آنان می‌دهد که باور کنند می‌توانند به شیرخوارانشان شیر بدهند.

آگاه نمودن کادر بهداشتی و درمانی از عوامل تأثیرگذار در قطع شیردهی شیرخواران نارس، به آنان در ارائه راهکارهای مناسب در جهت حذف یا به حداقل رساندن موانع موجود بر سر راه تغذیه با شیر مادر و استفاده از نتایج این تحقیق و تحقیقات مشابه در کلاسهای آموزش و مشاوره شیر مادر از گامهای موثر در جهت کمک به تداوم شیردهی می‌باشد.

ماماها و پرستاران شاغل در اتاقهای زایمان و بخش نوزادان نیز باید در جهت هم آغوشی هر چه سریعتر مادر و نوزاد پس از زایمان و شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر چه به صورت مستقیم از سینه مادر یا با شیر دوشیده شده مادر تلاش نمایند. عدم وجود شرایطی برای حضور و اقامت مادران در کنار بخش نوزادان و کمبود وسایلی مانند شیر دوش‌های برقی که به مادر امکان تخلیه شیر را می‌دهد ممکن است در کاهش میزان تداوم نقش داشته باشد. لذا باید برای این مشکل نیز چاره‌ای اندیشیده شود. مثلاً، در جوار بخش نوزادان، اتاقهایی نیز برای اقامت مادران در نظر گرفته شود.

شایان ذکر است نتایج این مطالعه قابل تعمیم به سایر شیرخواران نارس که در دیگر مراکز بیمارستانی متولد شده‌اند و نیز شیرخوارانی که حاصل زایمانهای ترم هستند، نمی‌باشد. از آنجا که پس از اتمام این تحقیق سیستم مراقبت در آغوش (کانگورویی) در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بیمارستان الزهراء (س) راه اندازی شد، انجام مطالعه ای با هدف تأثیر این نوع مراقبت بر تداوم تغذیه با شیر مادر پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند، از تمامی مادران و شیرخواران از گل لطیفتر آنان و دیگر بزرگوارانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

References

- ۱) International Lactation Consultant Association. Position Paper on Infant Feeding, ۱۹۹۹. <http://www.ilca.org/pubs / Infant feeding pp. pdf> (Accessed Sept ۲۰۰۰).
- ۲) Tamlyn M. Premature Infants, ۲۰۰۲. <http://www.Parenting web.com/Lounge/ premature.htm> (Accessed March ۲۰۰۳).
- ۳) Department of Health. Infant Feeding Recommendation, ۲۰۰۳. <http:// www. breastfeeding. Nhs.uk /pdfs /final-QA. PDF> (Accessed May ۲۰۰۴).
- ۴) Burby L. ۱۰۱ Reasons to Breastfeed Your Child, ۲۰۰۴. <http:// www.promom. org/101/> (Accessed May ۲۰۰۵).

۵. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران. ص: ۵۷-۵۶، ۱۳۷۹.

۶. Nascimento M, Issler H.(۲۰۰۵). Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev. Hosp. Clin*, ۵۸(۱): ۱- ۱۶.

۷. Good Mojab C. Relearning the Lost Art of Breastfeeding: Obstacle and Resources for Iranian and American Women, ۲۰۰۳. <http://home.comcast.net/~ammawell/brstfdiranamer.html> (Accessed Oct ۲۰۰۵).

۸. WHO. Desirable rate of exclusive breastfeeding, still distant goal in most of the Arab World, ۲۰۰۵. [http:// www.Who.In/archives/whday/en.htm](http://www.Who.In/archives/whday/en.htm) (Accessed May ۲۰۰۶).

۹. Norris FJ, Larkin MS, Williams CM, Hampton SM, Morgan JB.(۲۰۰۶). Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Europe J Clin. ۵۶*, ۳۴۸- ۳۵۳.

۱۰. Callen J, Pinelli J.(۲۰۰۵). A Review of the Literature Examining the Benefits and Challenges, Incidence and Duration, and Barriers to Breastfeeding in preterm Infants. *Adv Neonata Car*, ۵ (۶), ۷۶-۸۸

۱۱. Simic T, Sumanovic- Glamuzina D, Boranic M, Vuksic I, Boban A.(۲۰۰۵)

Breastfeeding Practices in Mostar /Bosnia and Herzegovina: cross-section self- Report study. CMJ, ۴۵(۱), ۲۸- ۳۳.

۱۲. Meberg A, Willgraff S, Sande H.(۱۹۸۶). High Potential for breastfeeding among mothers giving birth to preterm infants. *Acta Paediatr Scand*, ۷۱ (۶), ۶۶۱- ۶.

۱۳. Flacking R, Nyqvist K, Ewald U, Wallin L.(۲۰۰۳). Long-term Duration of Breastfeeding in Swedish Low Birth Weight Infants. *J Hum Lact*, ۱۹(۶), ۵۷۶- ۵۸۵.

۱۴. Butler S, Tukuitonga C, Paterson J, Williams M.(۲۰۰۶). Infant feeding and feeding problems experienced by mothers of preterm infants in New Zealand. *Pac Health Dialog*, ۹(۱), ۳۴- ۹۰.

۱۵. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM.(۲۰۰۱). The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatr*, ۱۰۷(۶), ۵۳۳-۸

۱۶. Buckley KM, Charles GM.(۲۰۰۶). Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feeding. *Int BreastFeed J*, ۱, ۱- ۱۳.

۱۷. Kavanaugh K, Mead L, Meier P, Mangurten HH.(۱۹۹۵). Getting Enough: Mothers' Concerns About Breastfeeding a Preterm Infant after Discharge. *JOGNN*, ۲۴(۱), ۲۳- ۳۲.

۱۸. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni.(۲۰۰۶). Premature discontinuation of breastfeeding. *Arch Pediatr*, ۱۰(۱), ۱۱-۸